

医療サービスにおける患者満足と コミュニケーション構造

Patient satisfaction in medical services and the structure of communications

竹 田 明 弘
Takeda, Akihiro

ABSTRACT

In human services, communications is an important factor determining customer satisfaction. This paper examines the medical services and the communications structure of a hospital organization. Different types of professional work take different communications approaches to raising patient satisfaction. Therefore, the division of communications structure is unconsciously constructed. Hospital management is required not only for professional work but also for the division of communications.

1. はじめに

これまで医療、福祉、教育、コンサルタントなどプロフェッショナル・ヒューマン・サービスと呼ばれる業務は、①情報非対称性 ②権威付与 ③評価困難 ④結果が出るまでのタイムラグ（長期評価）など様々な理由により、サービスの受益者は信頼をベースに提供者からサービスを受けるという提供者優位の構造であった。

近年、情報技術の発展による情報非対称性の部分的な解消、プロフェッショナル・ヒューマン・サービスの権限基盤の不安定化、サービス経済の進展などの影響を受けて、プロフェッショナル・ヒューマン・サービスにおいても提供者優位の構造が変化してきている。また、病院を取り巻く経営環境も厳しくなっ

てきている。かかる状況の下で、多くのサービス産業と同様に、医療の分野でも患者満足（顧客満足）への関心が高まってきた。

ヒューマン・サービスとは、人が人に対して、いわば対人的に提供されるサービスであり、具体的には、医療や保健、福祉、さらには教育などのサービスを包括的に捉えた概念である（田尾，2001）。対人関係をベースとするヒューマン・サービスにおいて、クライアントとのコミュニケーションが鍵となるのは言うまでもない。そこで、病院組織と患者満足の関係において、医療者－患者間のコミュニケーションが重要な意味をもつ。この種のコミュニケーションについては、いくつか既存研究はあるが、いずれも患者満足との関係からコミュニケーションの重要性を言及し、医療従事者が患者に配慮することや、コミュニケーション教育の必要性を論じたにすぎない。結局のところ、コミュニケーションは個人レベルの能力に依存しており、それを組織レベルの問題として、いかにマネジメントしていくかの視点が欠如している。

本稿では、病院組織のコミュニケーション・マネジメントに関する分析的視野を提供する試みとしてコミュニケーション構造について考察する。とりわけ、①臨床現場において、医療従事者の患者満足に関する考え方、及び患者との関係構築はどのようなものか ②コミュニケーションを媒介とした患者との関係における専門職ごとの相違の2点に着目する。本研究では、これら医療従事者のコミュニケーションについて考察することを目的として回復期・リハビリテーション病院であるA病院にヒアリング調査を行った。いわば、試行的研究である。

2. サービスマネジメントと患者満足

かつて医療界から医療はサービス業かという議論がアンチテーゼ的になされていた。これには医療は聖職であり、ホテル業や飲料提供サービスと一緒にされては困るといった背景が存在していたと思われる。もちろん、医療は公共的価値が大きく、一般的なサービス業とは少し異なるが、共通する部分も多い。そういう意味では、サービスマネジメント領域の議論は医療の分野でも十分通用

する。

嶋口（1994）は、組織が提供するサービスを本質的服务、それに付随するサービスの表層サービスの2つに分類した。本質サービスとは、顧客が支払う代価に対して当然受けうると期待しているサービス属性である。医療サービスにおいて、本質サービスとは医療行為そのものである。本来的に、患者は、医療機関になんらかの医療行為を施されることで、健康が回復することを期待して来院する。また、表層サービスは代価に対して必ずしも当然ではないが、あればあるにこしたくない期待サービスを指す。医療分野では、充実した病院施設、医療従事者の親切な対応、待ち時間の短縮、病院食などが考えられよう。嶋口（1994）は、その本質サービス属性のうち、どの1つでも最低許容水準以下にすると、その満足は0以下になるが、最低許容水準以上にサービス充実度を上げても、全体満足度は確かに上昇するが、ある程度の充実度まで上がったところでそれ以上に上がらなくなる。他方で、表層サービスは、このサービス属性が0であっても、顧客は別に満足していないだけで不満を表明しない。しかし、サービス属性のうち、1つでも充実させると、他の属性が許容水準以下であっても、それを代償して、顧客満足度は上がっていく。つまり、本質サービスは不満要因に、表層サービスが満足要因に関与するとした。

近藤（2007）はサービスの提供物を①コア・サービス ②サブ・サービス ③コンティンジェント・サービスの3つに分類している。コア・サービスとは、顧客が主としてその内容のサービスを利用するために、料金を支払っているサービスである。サブ・サービスとは、サービスパッケージの中で、コア・サービスに付随する副次的サービス、コンティンジェント・サービスとはサービス・エンカウンターで遭遇する定常業務だけでは済まされない様々な事態に対する状況適応的なサービスを指している。これには、顧客が個人的な理由から特別な待遇を要求する場合、サービスシステムの外的な環境から発生するもの（サービス提供者を原因としない事故、物資の納入の遅れなど）などが想定される。医療サービスにおいて、コンティンジェント・サービスには、様々なケースが考

えられる。これには「急いでいるので外来の順番待ちを早めて欲しい」など患者のわがままとも思えるようなことから、「手術の場面において執刀医は〇〇先生にして欲しい」のごとく患者のニーズに関するものまで範囲は広い。

ただし、コンティンジェント・サービスは組織の顧客に対するサービス提供の責任と範囲を示す概念とも解釈できる。とりわけ、顧客が個人的な理由から特別待遇を要求する場合、サービス提供組織は顧客の要望にどこまで応えるかについて判断しなければならないが、これは、組織のサービス提供システムや戦略とも関連する。それゆえ、コンティンジェント・サービスは、商品や事業としてのサービスに分類されるというより、むしろ、企業の顧客サービス戦略に対応する概念とも考えることができる。

中島（2007）は、サービスマネジメントに関する既存研究を整理した上で、医療サービスをコア・サービスと表層的サービスに分類した。さらに、コア・サービスを医療技術と情報で構成される本質部分と、施設とモノなどの付帯部分に分類した。また、表層的サービスは、職員の愛想よさや問題が発生した時の対処の仕方の手際よさなど、人や組織がサービス行為を提供するソフトやシステム、組織文化などを意味するとした。中島の分類は、システムや組織文化などマネジメントやコンピタンスに関わる要因もサービスに含んでいることに注意が必要である。中島（2007）はサービスをフローの観点（顧客への提供物）ではなく、ストックの観点（組織が保有するサービスに関する資源）から分類している。また、中島（2007）は付帯部分をアメニティ等のサービスのハード部分、表層的サービスを職員の対応などのソフト部分に分類している点で特徴的である。

医療のごとくヒューマン・サービスの領域では、サービスそのものと、それが提供される過程という分類も可能である。Babakus and Mangold（1992）は、サービスをサービスそのものである技術的品质（technical quality）と、サービスが提供される態度・対応である機能的品質（functional quality）の2つに分類している。ただし、提供過程の主たる手段であるコミュニケーションは、それ自体が

表層のサービスにもなるし、提供過程にもなるという2面性をもっている。

こうして、サービスマネジメントの観点からサービスパッケージである医療サービスの束を考える場合、いくつかの観点があることがわかる。これら既存研究を整理すると、医療サービスは、フローの視点から、本質サービスである医療行為（医療技術や情報）、さらにそれに付帯する表層サービスとしてハード部分（施設やアメニティなどの客観的に可視できるもの）とソフト部分の3分類が適当であると考ええる。もちろん、医療サービスでは、その提供過程も重要ではある。しかし、それは望ましい医療行為を実現する伝達手段に過ぎず、厳密には医療サービスとは異なる。ただし、医療行為の実現過程において、患者が医療行為を受け入れるかどうかの決定に提供過程が大きく関与することには注意が必要である。

3. 医療サービスと患者満足

医療領域における社会学的・経営学的研究は大きく3つの分野で占められると言っても過言ではない。医療従事者の職務満足の研究（尾崎・忠政, 1988; 徳永, 1988; Williams et. al, 1999; 小崎, 2008 など）、医療安全・リスクマネジメントに関する研究（Gaba, D. M, 2000; Kohn, L. T and Corrigan, J et. al, 2000; 金子, 2007 など）、そして患者満足に関する研究である。なかでも患者満足に関する既存研究は極めて多い。

その理由として、第1に、そもそも専門職である医療従事者は、その職業動機として患者に貢献したい、病院で受療する患者に少しでも満足してもらいたいという価値をもっているためである。第2に、患者満足が業績に影響を与えることが想定されるためである。これに関して、患者満足と受療行動の関係を分析した研究はいくつかある（今中, 1993; 鄭, 2005 など）。第3に、患者満足は、患者の治療参加を促進することで治療成果を高めるからである（塚原, 2005）。こうして、患者満足は医療者個人の達成動機、経営面、治療効果の点でもポジティブな影響を与えるため、医療における社会学的・経営学的研究の中心的な課題

となっている。

患者満足に関する既存研究は大きく2つのタイプの調査研究に分類できる。第1に、患者がどのような点に強く満足感を感じるかという患者満足要因（主に質問票調査を用いて）の探索調査である。これは、さらに大きく2つの調査研究に分類することが出来る。第1に、様々な項目を列挙して、どの項目が（もしくは設定された、または因子分析により抽出された因子が）患者満足度の影響要因となりうるのかの調査である。既存研究の多くがこの方法を採用しており、調査に関する信頼性や妥当性を検証する研究もいくつかある（Sitizia, 1999; Hendrics et. al, 2002, 尾藤他, 2005 など）。第2に、SERVQUAL に影響を受けた満足度調査であり、患者の医療サービスに対する期待と、ある病院で実際に提供されたサービスの知覚品質の差から、満足度を測定するという調査である。これには、顧客満足とは、期待－実現価値であるという観点に基づいている（Babakus and Mangold, 1992 など）。

第2の満足度調査のタイプは患者経験調査と呼ばれる調査である。これは、例えば、「あなたに状況を理解してもらおうと、医師達がした説明についてどう感じましたか」という良かった－悪かったという回答を記入する質問ではなく、「医師達はあなたに理解できるような説明をしましたか」について「説明は一切なかった－説明はつねにあった」のように、臨床現場で患者がどのような行為を受けたかについて客観的に測定するという調査研究である（小泉, 2004）。これは、ピッカー・コモンウェルズ・プログラム（The Picker Commonwealth Program）から始まった調査手法であり、わが国では小泉他（2004）の大規模調査が有名である。ただし、患者満足調査に関するいずれのアプローチにおいても一長一短がある。さらに、患者満足調査自体の問題点も指摘されている（水野, 1999）。水野が指摘するのは概念定義や未完成的測定方法など調査の信頼性に関わるものである。これは、病院経営の面では患者満足が最も関心のある項目の1つであることから、その調査が主に実務レベルで行われてきた事と無関係ではない。これについては調査設計の段階で、ある程度回避することは可能

である。ただ、患者満足研究の蓄積は十分にあり、もはや、患者満足調査において重要なのはその結果ではなく、それをいかにマネジメントに落としこんでいくか、もしくは明らかになった満足に関するいくつかの次元の精査であろう。

患者満足調査に関してはいずれのアプローチを取ろうとも、限界は存在するが、患者満足を高める要因としては共通している。これには、大きく3つの要因に分類することができる。第1に、本質サービスである治療効果や医療技術に関わる調査研究である。第2に、病院施設の利便性や充実度、待ち時間などのアクセスに関するものである。これは、表層サービスのハード部分に対応する。第3に、医療従事者の対応や接遇に関する項目である。これは、表層サービスのソフト部分に対応している。これには、医師や看護師など医療従事者の対応・接遇、患者意思の尊重、プライバシーへの配慮などがある。もちろん、患者満足の影響要因は入院患者と外来患者（山本他，2004 など）、疾患別（塚原他，2007 など）、年齢（L. Moret, 2007 など）、国別（M. Wensing et. al, 2002；塚原他，2006 など）などによって、差異が生じることも明らかになっているが、本質的な違いはない。

本来、患者は健康の回復を目的として医療機関に来院している。それゆえ、本質サービスである医療技術や能力が、患者満足に最も重要な要因として考えられる。それに関わらず、一般的に患者満足度に最も重要な影響を与えるのは、医療従事者の対応や接遇、人間関係と言われている（今中他 1993；塚本他，2006 など）。これは、サービスマネジメントにおいて、本質サービスは不満足に影響し、表層サービスが顧客満足に大きな影響を与えるという嶋口（1994）の指摘とも整合している。

さらに、医療サービスには、患者自身が技術的品質を正確に評価することが困難という特徴がある（Babakus and Mangold, 1992）。中島（2007）は、医療サービスに関する調査では「医師や看護師とのコミュニケーションの良さ」が常にトップになっている事実をもとに、患者は医療従事者のコミュニケーションの良さが病院の善し悪しを決める真の判断基準だとは思ってはいないが、医療技

術の水準が判断できないために他の基準を求めると解釈している。また、調査アプローチの問題として、患者が客観的に医療技術を評価できる質問項目を作成することは極めて難しいという問題もある。長谷川・杉田（1993）は、その調査において、「医師の技術と能力の高さ」について、「医師の説明の明瞭度」「十分に話を聞く医師の態度」「医師のはげまし」との相関が高かったことから、医療技術を直接把握することの難しさについて指摘している。患者に医療技術を問う質問項目を作成する場合、どうしても主観的評価にならざるをえず、直接把握することが難しい。

また、医療技術も不確実性を伴うことを認識しなければいけない。これには、2つの不確実性が考えられる。まず、医療技術自体の不確実性である。医学や薬学の世界は日進月歩に発展してきた。一昔前なら手術適応であった胃潰瘍は、今では処方薬の投与によりほぼ治癒が可能である。さらに、われわれ人間は遺伝子の領域まで踏み込んでおり、目覚ましい進歩が見られる。とはいえ、まだ癌治療や AIDS などを中心としたウィルス疾患、脳神経や精神医療、自己免疫疾患など、まだ完全に解決できていない疾患も多く存在する。こういった、未解決の疾患だけでなく、ある程度解決した疾患においても治療法が完全に確立している疾患は極めて少なく、その治療は医療者の判断による部分が大きい。

次に、治療結果の不確実性もある。これは、患者個体の個別性に関する不確実性でもある。科学的根拠がある治療を実施した場合でも、患者によって症状の治癒や緩和の程度は異なる。薬剤投与についても、ある疾患に対して 100%の治癒率を示す薬剤は存在しないと言っていいだろう。この傾向は、急性疾患から生活習慣病を中心とした慢性疾患に移行するにつれて、高まっていく。

こうして、医療サービスにおいて本質サービスが重要であることは否定しないが、患者満足においては、表層サービス、とりわけ医療従事者の対応や接遇がより大きな意味をもつ。そこで、医療従事者の対応や接遇のベースとなるのがコミュニケーションを通じた医療従事者－患者関係である。時に、われわれは医師の安心できる対応、看護師の温かみのある微笑みや優しさに満足を覚える。

疾患に対する悩みを聞いてくれたことで不安を解消させてくれたスタッフに対して感謝する。こうしたコミュニケーションを通じた一つ一つの対応が大きな患者満足につながっていくことは言うまでもない。

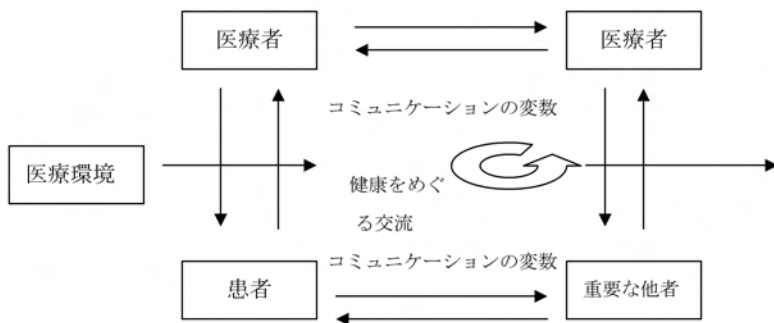
4. 医療サービスにおけるコミュニケーション

コミュニケーションは、言語以外にも非言語（行動、態様など）や電子媒体などさまざまな媒体を用いて行われ、対人関係の基礎となる。コミュニケーションは患者に対する態度や応対を示す重要なメッセージになるばかりか、医療技術や情報の伝達過程としても機能している。医療従事者は、どのような症状に悩まされて来院し、また、医療に何を期待しているのかについての情報を患者から引き出す。治療方針をどのようにするか、なぜこの医療行為を行ったかなどを患者に正しく伝える。こうした、患者→医療従事者、医療従事者→患者の技術・情報の伝達プロセスの中でコミュニケーションは用いられる。これらのプロセスは単方向のプロセスではなく、双方向なプロセスであり、そこには連続したコミュニケーションのプロセスが存在し、相互関係の中で伝達情報の解釈は変容していく。疾患の緩和や悪化、症状の変化など患者自身の時間的経過に伴う状態の変化もコミュニケーションに大きな影響を及ぼす。

医療の現場では、医師、看護師、リハビリなど複数の職種やスタッフが1人の患者に、ほぼ同時期に場を変えて接している。臨床現場では、スタッフと患者のコミュニケーションを考慮した場合、その内容や伝達手段、スタッフなどその構造は複合的なのである。Northouse and Northouse (1992) は、医療分野のコミュニケーションモデルを図のように想定している。このモデルは、それぞれの人間関係が、医療の場の他の人間関係に影響することを示唆している。つまり、多職種が様々なレベルで患者に関わっていく病院組織では、複数の職種の相互作用、患者とのかかわり方を考慮することなしに、医療コミュニケーションは理解できない。また、このモデルは“重要な他者”をコミュニケーションネットワークに加えている点が特徴的である。病人の健康状態を高めるうえで家族や大切

な人々が重要な役割を果たしていることを、医療者は今までたびたび見過ごしてきた (Northouse and Northouse, 1992)。

図1 ヘルスコミュニケーションモデル



出所：Northouse and Northouse(1992) p. 18

医療従事者とのコミュニケーションを通じた関係は、副次的に治療成果にも重要な影響を与える。Jennifer (1993) は、コミュニケーションは患者満足を高めるだけでなく、健康状態の回復にもプラスの影響を与えることを指摘している。ヒューマン・サービスでは、サービスの送り手である提供者と、受け手としてのクライアントの間の対面的な相互作用を通じて具体的な成果を得ることができるのである (田尾, 1995)。塚原 (2005) も、コミュニケーションの改善を通じた患者満足は、患者の治療参加の促進を通じて治療成果を高め、さらにそれが患者満足を高めるというサイクルを生み出すとしている。もちろん、社会的存在である医療機関にとって、治療効果は重要である。ただし、食事制限の順守や決まった時間に薬を飲むことなどを典型として患者が治療に積極的に参加しなければ、医療行為に対する治療成果も制約を受ける。

こうした治療参加には、患者が医療従事者、もしくは医療従事者を信頼し、その能力を積極的に受け入れようとする意思が関連している。Weidenbach and Falls (1978) によると看護師がコミュニケーションを行う意図には2つの面が

あるという。1つが、治療的な面である。もう1つが、その看護師が行う処置の効果を高めるような信頼関係を確立することである。コミュニケーションには患者との信頼を確立させるという効果もある。

こうして、コミュニケーションは患者満足だけでなく、治療成果にも大きな影響を与える。さらに、コミュニケーションの重要性は強く認識されているにも関わらず、医療従事者も現在の患者－医療従事者コミュニケーションが十分であるとは考えていない。それゆえ、医療従事者のコミュニケーション技術に関する研究や文献は多い。例えば、Weidenbach and Falls (1978) は看護コミュニケーションの決定因子として、①意図の明確さ ②知識の豊富さ ③態度 ④感受性 ⑤判断力をあげており、看護師はこの5項目を常に念頭において患者と接すべきとしている。また、Jennifer (1993) は医師も患者の側もコミュニケーションスキルを学ぶことで、優位を占める医師と受動的な患者という相互関係の図式の壁を乗り越える必要があるとして、コミュニケーション教育プログラムの実施を提言している。コミュニケーションにおいて、医療従事者個人の能力をあげることは重要である。しかし、コミュニケーションの問題について注目されて久しくなく、結局、属人的な要因に頼らざるをえないのが現状である。むしろ、重要なのは個人に焦点を当てた研究ではなく、いかにマネジメントするかである。それにも関わらず、医療分野において、こうしたコミュニケーション構造の問題について、患者満足と関連付けた既存研究はほとんど見受けられない。では、多職種、多時点、多様な関与者を前提とした医療施設でのコミュニケーション構造はどのようなものであろうか。これについて事例分析から考察する。

4. A 病院の事例

医療機関は、病院と診療所に区分することができる。病院とは、医療法によると、医師又は歯科医師が、公衆又は特定多数人のため医業又は歯科医業を行う場所であって、20人以上の患者を入院させるための施設を有するものをいう。さらに、病院は手術や短期間の入院など急性期医療サービスが中心である急性期

病院と、長期療養を前提として看護・介護が医療サービスの中心である回復期・リハビリテーション病院が存在する。

本事例調査では、回復期・リハビリテーション病院を対象としている。回復期・リハビリテーション病院を調査対象とした理由はいくつかある。第1に、長期療養のごとく、患者の入院期間が長くなる病院ほどコミュニケーションが患者満足や患者の治療参加に与える影響は大きくなることである。山内他(2005)は、コミュニケーションが患者満足に与える影響は、外来患者より、スタッフと接する頻度が高くなる入院環境においてその傾向が強いことを実証している。第2に、多様なスタッフが患者に接することである。回復期・リハビリテーション病院では、医師、看護師だけでなく、理学療法士や作業療法士などのリハビリ部門、さらには、入退院や種々の相談業務を担当する部局の職員が、患者に積極的に関与する。第3に、長期療養の患者は、家族の援助なしに社会復帰することが困難な患者が多い。それゆえ、コミュニケーションの対象は、多くの場合、患者本人だけとは限らず、身内・知人などより多くの関係者を巻き込む可能性が高い。回復期・リハビリテーション病院は、これら3つの理由のため、よりコミュニケーション構造の多様性、多軸性が考察できる。

そこで、本研究では、2008年7月に回復期・リハビリテーション病院であるA病院に勤務する医療従事者に対してヒアリング調査を行った。A病院はベッド数402床、職員数370名、患者の大部分が長期入院を前提とした回復期・リハビリテーション病院である。診療科は内科・循環器科・消化器科・神経内科・泌尿器科・外科・整形外科・皮膚科・リハビリテーション科・放射線科・歯科と非常に幅広い領域を網羅した大規模総合病院である。また、入院病棟の約86%が療養病床の典型的な回復期・リハビリテーション病院である。

ここでは、医師2名(医師A氏、医師B氏)、看護師2名(看護師A氏、看護師B氏)、リハビリ部門3名(理学療法士A氏、理学療法士B氏、理学療法士C氏)、医療ソーシャルワーカー(以下:MSW)3名(MSWA氏、MSWB氏、MSWC氏)の合計10人にヒアリングを行った。調査方法は、各

部門ごとのグループ面接とした。調査内容は、患者満足を高めるために医療従事者はどのような配慮しているか、また、それを表現するためにどのようなコミュニケーションをとっているか、その内容と頻度である。その結果について、医師、看護師、リハビリ、MSW ごとの相違に着目しながら整理してみよう。

医師とコミュニケーション

医師の業務は本質的には疾患をかかえている患者を診断し、最適な治療方法を選択、実行することである。医師は、患者のかかえる疾患を治癒すること、症状を緩和させることが患者満足度を高めると考えている。それゆえ、医師は、医学情報の提供がコミュニケーションの中心となるし、患者も医学情報を期待しているとの信念をもっている。

様々な検査結果を行うのですが、結果がでるために、たとえ悪化していても、検査項目の数字1つ1つに対して家族や患者に対して医学的に詳しく説明してあげるんです。そうすると、患者からは受け入れられますね（医師A氏）。

患者満足の基本は丹念に診療方針について説明することです（医師B氏）。

その一方で、A病院は回復期・リハビリテーション病院であり、脳血管後遺症や認知症、または長期入院を前提とし患者個人だけでは解決できない家族の治療参加が必要になる入院患者も少なからず存在する。こうしたことからコミュニケーションの対象は必ずしも患者本人とは限らない。

脳梗塞後遺症などちゃんと話せない患者も多いので、その場合は家族と話すことがメインとなります（医師B氏）。

ただ、その場合でも症状の説明や検査データの解釈など医学情報の伝達がコミュニケーションの中心になるという。

また、コミュニケーションに関する重要な問題として、時間の問題がある。医学知識をあまり持たない患者やその家族に丁寧に説明しようとする、1人当たり1時間は必要になり、現状ではとても対応ができないという。

看護師とコミュニケーション

看護業務標準によると、看護とは、あらゆる年代の個人、家族、集団、地域社会を対象とし、健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最後まで、その人らしく生を全うできるように支援を行うことである（日本看護協会、2006）。さらに、同じく看護業務標準によると、看護実践の内容として①看護を必要とする人に、身体的、精神的、社会的側面から支援を行う ②看護を必要とする人が変化によりよく対応できるよう支援する ③看護を必要とする人を継続的に観察し、問題を把握し、適切に対処する ④緊急事態に対する効果的な対応を行う ⑤主治の医師の指示に基づく医療行為を行い、反応を観察するの5項目をあげている。

これを見てもわかるように、看護とは人の支援が中心の業務であり、その業務は医療行為を伴わないものまで含まれる。医師と看護師の業務や価値観の相違を表現する言葉に cure と care がある。cure とは疾患の治癒を表現する言葉であり、care は患者の個人的な背景までも含めた回復を指す。看護師には、注射・点滴といった医療行為以上に、患者個人の人間的な世話を含めた業務が期待されている。こうしたことから患者とのコミュニケーションは多岐にわたる。これに関して、看護師 A の「なんでも来るのですずっとコミュニケーションをとってる感じ」という言葉がそれを表現している。

高齢者や特殊疾患など長期入院を前提とする患者が多い A 病院では、患者満足との関係においても特有の事情が存在する。

入院生活が長くなってくるとわがままになってくる。だんだん自我が出てくる。いままでの生活を変えるというのは年齢的に無理なので、できることとできないことがあるので、患者にも共同生活をしていると言う……（看護師 A 氏）。

いろんな背景で入院してきた患者はスタッフに対する警戒心が強いんですね。それで、がっつと気に入らないことがあればすぐ苦情を言うてくるんです（看護師 B 氏）。

そこで、患者の治療成果をあげるためには、まずは指示を患者に受け入れてもらうことが重要になる。看護では人間関係面でのコミュニケーションに非常に

配慮していることが特徴的である。

患者さんと信頼関係を築かないとすべての面で拒否されるんですね（看護師 A 氏）。

いろいろ言われていても、くじけずに患者さんの話を聞いていたら、だんだん心を開いてくれるようになります（看護師 B 氏）。

また、看護師は医療行為の一翼を担う機能もっており、それを通じて患者の要望に応じてあげるような配慮もしている。

行動制約がかかっている患者の例なんですが、家族に見放されて外出できないのですが、患者さんはお酒を飲みたいという。ホワイトリカーって食欲がない時の食前酒ということで処方できるんですね。それを処方してもらい、それをお口に塗付したらお酒の気分が味わえるんです。そこから患者との距離が縮まりました（看護師 A 氏）。

このように、人間関係への配慮、医療行為だけでなく、生活面での支援も含めて様々なレベルで患者個人とコミュニケーションをとっているのが看護師の特徴である。

リハビリとコミュニケーション

医学的リハビリテーションとは、身体に障害を負ったものに、その残存機能を回復させることで、その人の経済的、社会的、職業的な復帰と自立を図るための処置である。病院において、リハビリテーションは、主に、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士などが関与する。何らかの疾病、傷害によって機能や形態障害を伴った患者に対して、理学療法士は運動療法を中心としてマッサージ、電気刺激や温熱などを用いて運動機能の回復を補助する者、作業療法士は、農耕・畜産・園芸・手芸・木工などを通じて、応用的動作能力又は社会的適応能力の回復を図る者、言語聴覚士は、音声、言語、または聴覚に障害がある人に対して訓練とこれに必要な検査や助言・指導に従事する者である。

ここでは、リハビリ部門として理学療法士のコミュニケーションについてヒ

アリング調査した。その結果、患者満足について、理学療法に関する医学的な情報伝達より、むしろ、それ以外のコミュニケーションや、患者に対する態度・対応を通じた非言語コミュニケーションが重要であると認識されていた。

基本的にはその人に対してどれだけ一生懸命しているかっていう態度が影響するのではないのでしょうか。それが、表情とか声かけになるんでしょうが、どれだけ丁寧にできるかがあるかと思います（理学療法士 A 氏）。

ある症例さんがいて、その人はすごい頑固で、その方は言葉遣いとかがしっかりしていないとリハビリに介入できないんですよ。やはり、信頼されないと満足度は上がってこないというか（理学療法士 B 氏）。

認知症の患者さんでも毎日挨拶すると覚えてくれるので。いきなりリハビリするより関係づくりをしていく。そこからいろんな話をしながら信頼関係を築いていく方がいいリハビリができる（理学療法士 C 氏）。

また、リハビリ部門では家族との関わりやコミュニケーションも重要であることが明らかになった。

自分が一生懸命やってる姿をみせたり、家族とかかわっていかないと満足度ってのは上がってこないのでは（理学療法士 A 氏）。

さらに、リハビリ部門では、患者の退院時に住居での患者動作確認とそれに伴う住居の改築指導を行っている。こうした活動を通じて、患者を取り巻く家庭環境や社会背景に関与して行かなければいけない側面がある。

動作確認とかで、段差の解消とかで一応話をしたんですが、本人は家をみないでという感じで。その人は自分で歩けたり、身の回りのことが出来るのでそれでこないでみたいな。そのケースでは、患者自身も自分で歩けたりしたので、行かなかったですが（理学療法士 B 氏）。

こうして、理学療法士は、医学的なコミュニケーションよりも、むしろ患者との人間的なコミュニケーションが患者満足に大きな影響を与えたとしていた。また、理学療法士は患者本人だけでなく、家族とのコミュニケーションも重視していた。

医療ソーシャルワーカー（MSW）とコミュニケーション

MSW とは、厚生労働省保健局長通知 平成 14 年 11 月 29 日 健康発第 1129001 号によると、病院等で管理者の監督の下で療養中の①心理的・社会的問題の解決、②調整援助と退院援助の業務を行うとされている。心理的・社会的問題の解決とは、入院・入院外を問わず、生活と疾病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期対応を行うため、社会福祉の専門的知識に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じたいくつかの問題を解決することである。また、退院援助とは、生活と疾病や生涯の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期対応を行うため、社会福祉の専門的知識に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、いくつかの問題の解決、調整に必要な援助を行うことである。簡潔に言うと、患者本人のもつ医療に関わる様々な問題点を調整することが主たる業務となる。MSW はこれらの患者と家族の調整に関するコミュニケーションを中心に患者と接している。

本人は高齢であって、次の施設を考えていくなかで、金銭的にも折り合えて、そんな施設にスムーズに行けたらよかったねって感じになるんですが（MSW A 氏）。

患者は家に帰りたい、帰らせたくないって家族は結構多いので。家族も帰ってきて欲しくないが、退院がやってくる。本当に帰していいのかと考えます（MSW B 氏）。

しかし、ヒアリング調査をしてみると、MSW の病院での調整業務はもっと広いことが明らかになった。そこでは、病院内で何か問題が起きたときの患者と医療職との調整業務や緩衝業務まで担っており、この種のコミュニケーションも日常的に行われている。

他職種の不満はたまに聞かれますね（MSW A 氏）。

5. 結果と考察

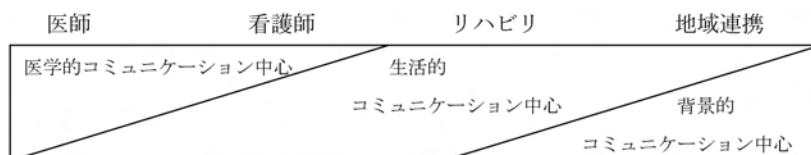
本研究では、2つの点が明らかになった。第一に患者満足を高めるためのコミュニケーションアプローチが、職種によって異なっていることである。医師は医学知識の説明、看護師は患者の人間的側面や生活、リハビリ部門は患者自身だけでなく、患者の家族を含めた社会的背景について、MSWは患者の家族を含めた社会的背景を中心にコミュニケーションをとることが患者満足に最も重要であると考えていた。

実際、医師は、医学的な説明を丁寧にすること（医学的コミュニケーション）が患者満足に最も重要であると考え、なんらかの理由で患者とのコミュニケーションが取れない場合、それを家族に伝えることが責務であるとの認識があった。看護師は、在院中の患者自身にいかに向き合うか、患者が快適な入院生活を送れるように生活面での話を聞くことや患者の人間面に着目したコミュニケーション（生活的コミュニケーション）、また、患者の要望を医学的にいかに解決していくか、それらに関するコミュニケーションが重要であると考えていた。また、リハビリでは医学的なコミュニケーションよりも、むしろ患者個人といかに信頼関係を構築していくか、さらに、患者の背後にいる家族を含めた社会関係まで広げた信頼関係の構築を念頭においたコミュニケーションを重視していた（背景的コミュニケーション）。最後に、医療ソーシャルワーカーは、文系職員でもあることから、医学的なコミュニケーションはほとんど行われておらず、家族と患者の関係をどうするかなど、家族中心のコミュニケーションが行われていた。また、他職種と患者との緩衝役としての機能も果たしていた。

第二に、類似することではあるが、それに関して、実際のコミュニケーション内容も、職種ごとに相違が見られた。例えば、医師は医学的な情報伝達がコミュニケーションの中心であり、看護師は患者の生活的要望や医学的な情報、リハビリは患者との全人格的なコミュニケーション、MSWは患者の家族関係を中心とした社会的背景がコミュニケーション内容の中心であった。

こうして、図2のごとく、患者満足を高めるコミュニケーションの考え方について職種ごとに異なることがわかる。

図2 医療のコミュニケーション構造



この医療従事者→患者のコミュニケーション・パターンは、組織のコミュニケーション・マネジメントの一環として意識的に役割分業されているのではなく、職種ごとに無意識的に分業構造が構築されている点が特徴的である。田尾(1995)は、その要望や顧客特性などクライアントが多様なヒューマン・サービスにおいて、ヒューマン・サービス組織はクライアント統制のシステムであるとしている。組織のコミュニケーション構造の理解は、こうした組織の管理手法に大きな光を当てるものである。もちろん、無意識であるからゆえの問題点もある。意図したコミュニケーション・マネジメントとは異なり、無意識的なコミュニケーション構造は、無意識的であるからゆえに、要望や特性において多様なクライアント全てに対応できていない可能性がある。それゆえ、病院組織は業務の分業だけではなく、患者満足に関するコミュニケーションの分業も視野に入れてスタッフをマネジメントしていくことが求められる。

コミュニケーションの既存研究では Northouse and Northouse (1992) の医療コミュニケーションモデルにおいても、さらに一般的なコミュニケーションモデルである SMCR や Shannon-Weaver モデルにおいても、コミュニケーションの受け手と発信者の相互作用までは想定に入れていたが、受け手が多様な発信者に異なる情報を提供していることまでは想定していなかった。今後は、コミュニケーションのさらにダイナミックなモデルを検討しなければいけないことが

示唆される。

謝辞

本研究は平成20年度 科学研究費補助金（基盤研究（c）課題番号：20530344）の助成を受けたものである。

参考文献

1. Babakus. E and Mangold. G “Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation” *Health Services Research*, vol.26 (6), pp.767-786, 1992
2. 尾藤誠司・鈴嶋よしみ・福原俊一「入院患者用患者満足尺度の開発—下位尺度と項目の再設定と再検証：HPSQ-25 から HPSQ-13 へ—」*医療マネジメント学会雑誌*, vol.6 (2), pp.423-428, 2005
3. Daley. J “Overcoming the Barrier of Words” M. Gerteis, S. Edgman-Levitan, J. Daley, T. L. Delbanco eds, *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*, 1993 (『ペイシェンツ・アイズ—患者中心の医療・介護をすすめる七つの視点』信友 浩一監訳, 日経 BP 社, 2001 年)
4. Gaba, D.M.: “Structural and Organizational Issues in Patient Safety: A Comparison of Health Care to Other High-Hazard Industries” *California Management Review*, Vol.43 (1), pp.83-102, 2000
5. Hendrics. A, Oort. F, Vrieling. M and Smets. E “Reliability and validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire” *International Journal for Quality in Health Care*, vol.14 (6), pp.471-482, 2002
6. 長谷川万希子・杉田聡「患者満足度による医療の評価—大学病院外来における調査から—」*病院管理*, vol.30 (3), pp.31-40, 1993
7. 今中雄一・荒記俊一・村田勝敬・信友浩一「医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因—総合病院における解析」*日本公衆衛生雑誌*, Vol.40 (8), 1993
8. 金子さゆり「医師の勤務状況とエラー・ニアミス要因の検討—地方の中核病院の勤務医の場合—」*病院管理*, vol.44 (3), pp.29-38, 2007
9. 小泉俊三・公文敦・大久保孝義・片山清志・Cheryl. R・阿部俊子『医療の質改善における患者経験調査—有用性の実証研究』*医療提供システムの総合的質管理手法に関する研究（NDP）分担研究報告書*, 2004
10. Kohn. L et. al, *To Err Is Human-Building a Safer Health System*, National Academy Press, 2000
11. 近藤隆雄『サービス・マネジメント入門 第3版—ものづくりから価値づくりの視

- 点へ』社会経済生産性本部, 2007
12. Moret.L et. al. “Evidence of a non-linear influence of patient age on satisfaction with hospital care” *International Journal for Quality in Health Care*, vol.19 (6), pp.382-389, 2007
 13. 中島明彦『ヘルスケア・マネジメントー医療福祉経営の基本的視座』同友館, 2007
 14. Northouse. P and Northouse. L *Health Communication*, 1992 (『ヘルス・コミュニケーション』信友 浩一・萩原明人監訳,九州大学出版会, 1998)
 15. 水野智「患者満足度調査の効用と限界」第2回東海ヘルスケア・クオリティ研究会, 1999
 16. 小崎真規子・福原俊一「病院勤務医の仕事満足度と職場異動希望および臨床からの離脱希望」*日本医療・病院管理学会誌*, vol.45 (2), pp.25-32, 2008
 17. Sitizia. J “How valid and reliable are patient satisfaction data? An analysis of 195 studies” *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.11 (4), pp.319-328, 1999
 18. 嶋口充輝『顧客満足型マーケティングの構図』有斐閣, 1994
 19. 島津望『医療の質と満足——サービス・マーケティング・アプローチ』千倉書房, 2005
 20. 鄭丞媛・徐榮浚・李海鐘「患者満足度およびリビジット (Revisit) 意思にかかわる要因分析：韓国の国立大学病院を対象に」*医療と社会*, vol.15 (4), pp.59-73, 2005
 21. 田尾雅夫『ヒューマン・サービスの組織ー医療・保健・福祉における経営管理』法律文化社, 1995
 22. 田尾雅夫『ヒューマン・サービスの経営』白桃書房, 2001
 23. 塚原康博・藤澤弘美子・岩井高士・笹林幹生・福原浩行「国際比較にみる患者満足度と製薬産業のイメージー医療および医薬品満足度と製薬産業イメージの要因分析ー」*医薬産業政策研究所リサーチペーパーシリーズ NO.34*, 日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所, 2006
 24. 塚原康博・藤澤弘美子・岩井高士・笹林幹生・福原浩行「患者会比较にみる患者満足度と製薬産業のイメージー疾患別の患者意識と医療消費者一般との違いー」*医薬産業政策研究所リサーチペーパーシリーズ NO.36*, 日本製薬工業協会 医薬産業政策研究所, 2007
 25. Weidenbach. E and Falls. C *Communication-key to Effective Nursing*, 1978 (『コミュニケーションー効果的な看護を展開する鍵』池田明子訳, 日本看護協会出版会, 1979)
 26. Wensing. M et. al “Patient satisfaction with availability of general practice:an international comparison” *International Journal for Quality in Health Care*, vol.14 (2), pp.111-118, 2002
 27. Williams et.al “Refining the Measurement of Physician Job Satisfaction” *Med Care*, vol.37 (11), pp.1140-1154, 1999
 28. 山本武志・八巻知香子・佐伯みか・田村誠「患者による病院サービスの質の評価ー

評価方法の開発と検討」病院管理, vol.41 (1), pp.15-25, 2004

29. 山内一信・真野俊樹・塚原康博・藤澤弘美子・野林晴彦・藤原尚也「医療消費者と医師とのコミュニケーション意識調査からみた患者満足度に関する分析」医薬政策研究所リサーチペーパー, 2005

参考資料

1. 『看護業務基準 2006 年度改訂版』社団法人 日本看護協会
2. 医療ソーシャルワーカー業務指針 厚生労働省保健局長通知 平成 14 年 11 月 29 日健康発第 1129001 号